

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - Borne d'Accès Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20600 - Tél : 05 22 70 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 72 78 12 - www.mupras.com



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-461539

N°D
13681

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : AA 567 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENZAILOUNE AWASS

Date de naissance :

Adresse : Rue use 1, App 115, Etage 4

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24 OCT 2019

Nom et prénom du malade : EL BADAOUI CHERIF

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection gynécologique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 24 Le : 2019 / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21 OCT. 2019			Rec 011	INP : [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BA HMAD Mme EL ALI Charafa 82, Bd Ba Hmad - Belvédère Tel : 24.75.39 - CASABLANCA	24/10/2019	309,60 ON

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																				
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [Signature]																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS																
			DATE DU DEVIS																	
			DATE DE L'EXECUTION																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Nejmeddine SLIMANI

**GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUR
SPECIALISTE**

Titulaire du C.E.S.

d'Obstetricque et de Gynécologie
de la Faculté de Médecine de Reims (France)

**Stérité - Echographie - Maladies des seins
Chirurgie Gynécologique**

20, Rue Chenier - Place 16 Novembre

Tél : 0522 29 50 32 / 0522 22 36 00

CASABLANCA

الدكتور نجم الدين سليمان

اختصاصي في أمراض النساء والتوليد

خريج كلية الطب برامس (فرنسا)

الجراحة النسائية - العقم

الفحص بالأشعة فوق الصوتية

أمراض الثدي

20 زنقة شونبي - ساحة 16 نوفمبر

الهاتف: 0522 29 50 32 / 0522 22 36 00

الدار البيضاء

Casablanca, le : 24 OCT. 2019

EL BADAoui u l i z EANE

17.40
Dermovac



36,30 rap le matin

flucyl sup

85,30 x 3 = 255,90

BE 000



309,60 m

PHARMACIE BA HMAD
Mme EL ALI Cherrifa
82, Bd Sa rimad - Belvédère
Tél: 24.75.39 - CASABLANCA
INPE: 092013085

Dr. SLIMANI Nejmeddine
Gynécologue - Accoucheur
Tél: 0522 29 50 32 / 0522 22 36 00
20, Rue Chenier - Place 16 Novembre
Casablanca

Flagyl® 500mg

10 Ovules



sanofi-aventis Maroc
oute de Rabat - R.P.1 - Ain Sebââ
20250 Casablanca



Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A
يجوز فقط بصفة طبية - جدول أ

Respecter les doses prescrites
احترام الجرعات الموصوفة

Flagyl 500mg

36,30

PC 03400932043293



EXP 12 2020

Lot 67954

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 17,40 DH
ID : 622119
6 118000 161295

Dermoval
0,05 % CREME

Tube de 10 g

Belata®

acétate de chlormadinone
éthinyloestradiol



1 x 21 comprimés pelliculés à usage oral

 GEDEON RICHTER

Lot:
EXP:

T92308A
02 2022

PPV: 85DH30

Belata®

acétate de chlormadinone
éthinyloestradiol



1 x 21 comprimés pelliculés à usage oral

 GEDEON RICHTER

Lot:
EXP:

T92308A
02 2022

PPV: 85DH30

Belata®

acétate de chlormadinone
éthinyloestradiol



1 x 21 comprimés pelliculés à usage oral

 GEDEON RICHTER

Lot:
EXP:

T92308A
02 2022

PPV: 85DH30